Chapitre 3
Comment améliorer l'observance chez les seniors ?

Définition.

L'observance thérapeutique se définit comme le respect d'une prescription médicale et l'adhésion à un schéma thérapeutique par le malade.

1 POURQUOI TRAITER L'OBSERVANCE CHEZ LES SENIORS ?

Avec le vieillissement de la population, la nécessité de mieux informer et éduquer le patient nous parait primordiale.

Nos patients de 60 à 100 ans sont souvent polymédiqués : 43% des seniors prennent entre 5 et 10 médicaments, 2% plus de 10 médicaments.

En effet, ils sont souvent confrontés à une polypathologie (Alzheimer, affection cardiaque, diabète, troubles oculaires) et entrent à l'officine avec des polyprescriptions de spécialistes et du généraliste.

Nous recherchons par cette « démarche qualité » à l'officine :
- A évaluer le niveau d'observance thérapeutique de notre clientèle âgée
- A repérer les patients inobservants
- A donner à ces inobservants toute la motivation et tous les moyens nécessaires pour améliorer leur prise en charge.
- A appliquer les recommandations des organismes de tutelle sur les bonnes pratiques officinales

Les moyens utilisés seront :
- Des fiches de suivi thérapeutique sur papier pour leur principale pathologie.
- Des notes sur le dossier patient informatique.
- Des aides mémoire sur les pathologies rencontrées chez les seniors.

2 COMMENT S'ATTAQUER A L'OBSERVANCE CHEZ LES SENIORS?

2-1- PROJET (ce que je vais faire)

2-1-1- Identification du besoin d'améliorer l'observance thérapeutique des seniors.

Notre pharmacie est une petite officine de quartier La dispensation est assurée par 2 titulaires et 1 préparatrice. L'identification du besoin est venue naturellement, en discutant entre nous et en observant les patients, pour rechercher ce qu'il fallait améliorer dans notre pratique quotidienne.

En les écoutant : Mr P. nous dit chaque mois, depuis quelques temps « un jour je jetterai tous mes médicaments à la poubelle ». Traité pour l'angor, seul à la maison depuis le décès de sa femme, présente-t-il un risque à venir d'inobservance ?

Mme V. a, pendant ses vacances qui duraient 10 semaines, arrêté son traitement de Fosamax®. C'est un cas d'inobservance avouée.

Mme W. un peu désorientée par un début de maladie d'Alzheimer passe chez le médecin fréquemment pour renouveler son traitement car elle n'a plus tel médicament ou tel autre, la semaine d'après. Son refus l'amène à la pharmacie.

Mr C. revient le lendemain de la délivrance du traitement de son épouse parce qu'il ne reconnaît pas son traitement, les explications sur les génériques n'ont pas suffi, pourtant le couple est venu ensemble et nous avons passé dix minutes à tout expliquer. Comme chez Mme W., il y a un début de confusion qu'on retrouve souvent chez leur conjoint embarrassé et fatigué d'assumer cette vieillesse difficile avec perte de mémoire.

Mme D., suite à un accident thromboembolique, doit porter une contention veineuse. Son usage étant trop difficile, elle refuse d'adhérer au traitement. Il va être nécessaire de trouver rapidement une solution pour éviter des complications vasculaires.

Mr X hospitalisé suite à un malaise cardiaque, diabétique et présentant un surpoids accepte bien son régime mais explique ses difficultés pour arrêter le tabac et l'alcool qu'il juge nécessaires dans son milieu artistique pour assurer une convivialité et satisfaire ses clients. Ici, c'est l'observance du régime qui est remis en cause.

Mme D., ancienne boulangère, n'a pas de mutuelle mais par crainte de dépenser prend des demi-doses d'aldactazine : l'inobservance est intentionnelle.

Ces 7 cas représentent des exemples de non observance, avérée ou future, décelés dans notre clientèle mais ils peuvent être nombreux si on n'y prend pas garde ! Une fois décelées, on doit pouvoir corriger ces insuffisances d'observance.

Il faut cerner les pathologies les plus souvent rencontrées chez notre clientèle âgée. L'intérêt est de se former à faire de la prévention.

2-1-2- Moyens pour satisfaire ce besoin

A partir du mois de septembre, nous avons sélectionné les clients âgés de 60 à 100 ans au fur et à mesure qu'ils se présentaient pour la délivrance de leur traitement ou pour un renouvellement. Nous réalisons pour chacun d'eux :

2-1-2-1- Fiche de suivi thérapeutique :

Cette fiche faite sur papier 21-27 est datée, signée par celui qui la réalise ; soit le titulaire, soit la préparatrice ou l'étudiante ; toujours validée par le pharmacien.

Les renseignements mentionnés sur cette fiche sont :

- Les nom et prénom du patient, sa date de naissance ;
- Les noms de tous les médicaments du traitement en cours, leur dosage, leur forme galénique, le nom du générique qui remplace le princeps ;
- La date de délivrance de toute dispensation ;
- La mention par une croix en cas de délivrance ;
- L'absence de croix en cas de non délivrance ;
- La signalisation du nombre de renouvellements à effectuer : A1 (à renouveler 1 fois), R 3 (troisième renouvellement) ;
- Le nombre de jours de traitement est précisé s'il n'est pas de 28 jours.

Ce travail est réalisé en particulier pour les traitements chroniques.

Elle est réalisée sur ordinateur sur Word pour retrouver facilement le document archivé (icône suivi thérapeutique) ou gardé sur disquette. Chaque mois de nouvelles fiches de suivi sont éditées en mettant en tête de la liste des dates le mois actualisé (décembre par exemple). Plus simplement, le

modèle peut être photocopié. Ces fiches sont remplies après le départ du client et un coup d'œil rapide permet de vérifier le bon suivi du traitement.

Avantages :

- réalisation rapide si la fiche est bien préparée à l'origine
- permet une analyse rapide de l'observance
- méthode peu coûteuse

FICHE CLIENT DE SUIVI THÉRAPEUTIQUE *(à garder à l'officine)*

NOM DU PATIENT :

PRÉNOM :

A1, A2, A3, A4, A5, A6… pour nombre de renouvellement	R1, R2, R3, R4, R5, R6… pour 1er, 2ème renouvellement	Nom des médicaments : et leur dosage	Méd. 1	Méd. 2	Méd. 3	méd. 4	Méd. 5	Méd. 6	Méd. 7	Méd. 8	Méd. 9	Méd. 10	Méd. 11	Méd. 12	Méd. 13	Méd. 14	Méd. 15	Méd. 16
		petit déjeuner																
		avant repas de midi																
		repas de midi																
		16 heures																
		avant repas du soir																
		repas soir																
		coucher																
		octobre																
		novembre																
		décembre																
		janvier																
		février																
		mars																
		avril																
		mai																
		juin																
		juillet																
		août																
		septembre																
		octobre																
		novembre																
		décembre																
		janvier																
		février																
		mars																
		avril																
		mai																
		juin																
		juillet																
		août																

2-1-2-2- Dossier patient informatique

Le support est le logiciel Alliance.

Il est renseigné par le pharmacien qui y mentionne :

- Les pathologies ;
- Les états d'insuffisance rénale ou hépatique ;
- Les allergies à une classe de médicaments ;
- Les allergies alimentaires ou à des excipients ;
- Les valeurs de TA, de suivi biologique comme l'INR, la clearance, les valeurs lipidiques, la glycémie ;
- Le poids, la dénutrition ou le surpoids ;
- L'état d'hydratation.

Avantages : facile à remplir et permet de suivre les étapes chronologiques de l'état du patient, les dégradations et les améliorations.

Inconvénients : le pharmacien ne dispose pas toujours des valeurs biologiques importantes pour le sujet âgé.

Point important : la dégradation rénale

Pour tout patient âgé, il faut rechercher dans son traitement tout médicament néphrotoxique ou à élimination rénale et surveiller sa posologie. On relève les valeurs suivantes : le poids, l'âge et la créatininémie du sujet qui permettent de vérifier rapidement la clearance à l'aide de la formule de Cockroft et Gault :

$$CL = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}}{0{,}814 \times \text{créatininémie}}$$

x 0,85 chez la femme

CL= 120 ml / mn (valeur normale chez le sujet en bonne santé)
60 < CL <120 ml / mn IR débutante
30 < CL <60 ml / mn IR modérée
15 < CL <30 ml / mn IR sévère
CL < 15 ml / mn IR terminale (diabétique)

Chez le senior être toujours attentif à :		Risques et solutions
La diminution de la masse maigre La dénutrition, le poids,	la masse maigre protéique diminuant, les médicaments hydrosolubles voient leur site de distribution se réduire et leur toxicité augmenter. ex. digoxine, paracétamol, morphine,	Les chutes, les fractures osseuses seront évitées à domicile (pas de moquette, portes ouvertes dans le sens de la marche) limiter la protéolyse.
L'augmentation de la masse grasse	la masse grasse où se distribuent les médicaments liposolubles. ex. : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, antiarythmiques. .Temps d'élimination plus long.	Faire de l'exercice physique pour augmenter la force musculaire
La déshydratation due à la perte de la sensation de soif	la diminution de l'eau de l'organisme âgé entrave la bonne élimination des médicaments hydrosolubles	Boire de l'eau
L'hypo albuminémie	les médicaments fort liés aux protéines plasmatiques vont voir leur fixation réduite et la fraction libre active augmentée avec danger de surdosage (ex. : AVK) acide valproïque)	

2-1-2-3- Causes de l'inobservance et les solutions.
(Pourquoi l'inobservance ?)

1 Les difficultés techniques rencontrées par le senior

Trop de médicaments sur l'ordonnance	Simplifier le schéma thérapeutique Dater les flacons s'il ne faut que quel- ques jours de traitement Proposer un pilulier et aider à son remplissage.
Fonctionnement d'un dispositif trop difficile pour le patient âgé ex : collyre à préparer	Eduquer : préparer le flacon devant le patient s'il le désire. Faire une démons- tration Valider : s'assurer que le patient a com- pris. Documenter : fournir une documentation claire sur l'objet pour pouvoir faire un rappel à domicile.
Les génériques : le patient ne reconnaît pas son médicament habituel. De même pour les nouveaux traitements. Veiller aux boîtes de même couleur qui prêtent à confusion.	Clarifier : mise en place d'une visualisation parfaite sur la nouvelle boîte en grosses lettres et mentionner clairement la posolo- gie, l'horaire de prise dans la journée et la durée du traitement. Eliminer les anciens médicaments qui ne sont plus à l'ordre du jour sur la nouvelle ordonnance.

2. Les problèmes dus au médicament

La taille du comprimé : problème de préhension si trop petit, problème pour avaler si trop gros ;
La forme galénique : éviter les suppositoires. Les gouttes buvables et les sirops sont peu maniables en cas de tremblement.
La sécabilité peu facile pour certains comprimés.
Le goût (ex : amertume de aricept®)
La couleur : les comprimés se ressemblent souvent
L'emballage enfermant le médicament est parfois impossible à ouvrir tel que les blisters, les emballages plastifiés des suppos les feuilles plastifiées ou métallisées des pansements gras.

Changer la forme pour simplifier la prise, utiliser par exemple la forme en sachets.
Conseiller un broyeur de comprimés.
Veiller à la présence d'un proche ou d'un voisin ou d'une aide pour la prise médicamenteuse.

Proposer l'utilisation d'un coupe comprimé

Camoufler l'amertume en écrasant le comprimé dans du sucre.

3 L'état de santé du patient

Oubli, mémoire déficiente
Problèmes de vue, ouie, toucher, déglutition (ex. : parkinson).
Analphabétisme

Organiser la prise en charge : confier la responsabilité de la dispensation à une tierce personne.
Adapter l'horaire de prise au mode de vie de la personne.
Procurer des outils : Conseiller l'usage d'un pilulier.
Choisir des médicaments génériques parfaitement identifiables.
Donner des idées : mémo sur le frigo, mettre un réveil en marche.
Etiqueter chaque boîte avec la posologie et la durée du traitement.
Voir si on peut faciliter la déglutition avec un gélifiant, utiliser des formes 2 en 1 pour prendre 1 comprimé au lieu de 2 quand cela existe, en collaboration étroite avec le prescripteur.

Problèmes de mobilité et d'isolement, risque d'ordonnance non prise car déplacement jusqu'à la pharmacie impossible.

Assurer la livraison du traitement après avoir pris possession de l'ordonnance.
Assurer un contact humain et garder un lien téléphonique si l'organisation de l'officine le permet : la notion de réseau médecin pharmacien infirmière kiné a ici toute sa valeur ;
Eviter la participation de personnes multiples ne fréquentant pas les mêmes officines : le nomadisme est néfaste pour un bon suivi du patient. Il y a alors méconnaissance d'une partie du traitement et danger d'intéractions médicamenteuses.

4. Remise en question du traitement

Attitude négative du patient, véritable déni de la maladie, refus du diagnostic médical et de sa maladie. « Si je me soigne je vais me sentir malade ».	Motiver le patient. Encourager le malade, lui donner une image positive de son traitement et lui présenter les bénéfices sur sa santé en lui garantissant un avenir meilleur.
Les effets secondaires difficiles à supporter entrainant l'arrêt du traitement .	Vérifier la posologie Essayer de trouver de meilleures modalités de prise (le soir si somnolence, le matin si tonique, le soir si vertiges). Réintroduire si possible le médicament mis en cause. Répéter les conseils de prise importants (Fosamax® à prendre avec un grand verre d'eau, se rincer la bouche après la bouffée de corticoïde) .
L'accoutumance : le médicament ne fait plus son effet, le patient double la posologie.	Expliquer à nouveau le traitement et l'objectif à atteindre, citer les dangers de modifier la posologie ou d'arrêter le médicament.

2-2- RÉALISATION

2-2-1- La fiche de suivi thérapeutique

Réalisée pour les patients chroniques, on pensait à l'origine noter tout le traitement du patient. En fait, on se limite aux spécialités de sa principale pathologie sinon on se noie dans les détails (pansements, crèmes, savons …)
Prendre soin de bien noter les heures de prise du médicament par rapport au mode de vie du patient (se lève tard, est en vacances chez des amis)
Personnaliser le traitement à son cas, en totale symbiose avec les éléments qu'il donne.
Tout noter sur la feuille **:** en général, on oublie, avec le manque d'habitude, d'indiquer tous les éléments avec précision.

2-2-2- Le dossier patient informatique

Tout reste à faire.
Remplir les dossiers patients, 2% sont remplis

2-2-3- La réalisation d'une fiche aide-mémoire sur l'angor

Non prévue au début, elle est en cours de réalisation.
Nous ne traitons que des spécialités concernant l'angor stable et projetons dans un proche avenir de la compléter avec le traitement de l'angor instable et des médicaments antiagrégants.

2-2-4- Formation

« Cardioqual et gérontoqual » formation UTIP

2-2-5- Plan de posologie

Systématique pour chaque patient.

Validation d'une ordonnance

1/ Accueillir le patient	
connu	**inconnu**
renouvellement ou nouveau traitement ?	pour lui-même?

2/ Lire d'un œil rapide

connu et inconnu

le nom du prescripteur
le nom du malade, âge
le nom des médicaments
les remarques

3/ Vérifier et analyser	
connu	**inconnu**
médicaments : dose, poso, mode d'emploi	médicaments : dose, poso, mode d'emploi
associations automédications?	associations, automédication?
modalités de prise, interactions	modalités de prise, interactions
allergies	
patient : tolérance, résultats physio et biolog.	patient : allergies ; contre-indications
maintenus	antécédents
substitution à expliquer	substitution à expliquer et valoriser
expliquer les nouveaux médicaments	expliquer les médicaments

4/ Donner un programme de soins

connu et inconnu

hygiène de vie:sport
règles diététiques
facteurs de risques associés
plan de prise
prendre rendez vous si nécessaire

5/ Réaliser	
le dossier patient informatique	le dossier patient informatique
la fiche de suivi thérapeutique	

3 ÉVALUATION

3-1- TEMPS PASSÉ

3-1-1- Préparation

Début d'action : du 20 au 30 août 2004 lecture de revues et d'articles pour trouver le sujet qualité pouvant intéresser l'équipe officinale : 15 heures.
Début septembre, retour de vacances, je propose quelques sujets et on choisit d'améliorer l'observance chez les seniors, le sujet nous parait vaste et difficile, nous craignons de déborder et de nous étendre sur des questions un peu hors sujet.
La préparatrice sort tous les Actualités Pharmaceutiques sur ce thème, il lui faut 15 heures réparties sur une semaine.
Nous sommes déjà à la trentaine d'heures recommandées par Madame Dupin-Spriet pour réaliser ce travail de qualité.
Dès la connaissance de notre objectif, nous observons que chacun passe plus de temps avec son patient, a une meilleure écoute et parle 2 à 10 mn de plus avec le client âgé. C'est beaucoup de temps mais quelle relation enrichissante pour nous 3 et le patient.

Tout le week-end, j'ai passé 8 heures de travail à effectuer des recherches sur le sujet et préparer la méthode pour notre officine.

Mon co-titulaire, a fait des visites sur internet tous les samedis après midi pour saisir la bibliographie : ANAES, et autres sites de facultés. Elle y a consacré 1h à 2 heures par semaine pendant 3 mois.

3-1-2- Réalisation

Les fiches de suivi thérapeutique papier :
La réalisation a été faite de toute pièce par nous 3, il a fallu 5 heures pour sa création et sa transformation au fur et à mesure qu'on la testait.
Une fois conçue, cette fiche est retrouvée sur informatique à l'icône « fiche suivi thérapeutique » et existe aussi sur disquette. En fait elle est photocopiée simplement en cas de besoin. Cette fiche est remplie chaque fin de journée, 2 mn par fiche, chacun discute automatiquement avec le patient de tout changement de posologie ou d'heure de prise, toute nouveauté étant signalée sur la fiche.

Le dossier patient informatique :
La collecte des informations se fait avec le patient, le temps passé dépend du client : 5 à 10 mn et de la présence de médicaments demandant un suivi biologique particulier.

L'étude du sujet âgé :
Nous recherchons les causes de l'inobservance et ses solutions pour chaque patient. Ce travail ne se quantifie pas, il se réalise au fur et à mesure que se rencontre le cas.

La fiche comptoir « angor » :
Elle a été réalisée par les 2 pharmaciens en 12 heures.

3-2- POINTS POSITIFS CONSTATÉS

Avis des pharmaciens
La préparatrice est intéressée par les nouveaux outils apportés par le pharmacien et les met en pratique au quotidien.
L'approfondissement des connaissances dans un domaine choisi mais correspondant à un besoin local, soit ici la première fiche comptoir sur l'angor, est apprécié.
Le patient, par notre approche qualité a des informations sur sa pathologie et comprend mieux le pourquoi de toutes nos recommandations et conseils. Cela lui donne une transparence totale sur son traitement et souligne le but thérapeutique recherché.
La communication améliorée avec le patient a permis une meilleure réceptivité sans doute grâce aussi au remplissage de la fiche de suivi qui oblige à reparler à chaque renouvellement des moments de prise.
Les résultats biologiques dont l'analyse est dorénavant notée à l'officine est une tâche valorisante pour nous et appréciée des seniors qui y trouvent un bénéfice.

3-3- POINTS À AMÉLIORER

3-3-1- Points persistants

Le remplissage du dossier patient papier est difficile et un travail de recherche d'une méthode sera réalisé dans le futur.
La relation médecin-pharmacien est sans problème mais reste fort superficielle. Peut être faut il développer nos connaissances.
La découverte de nouveaux outils tels que des broyeurs de médicaments ou des journaliers semainiers qui sonnent plusieurs fois par jour.
J'ai constaté la difficulté d'impliquer le personnel à de nouvelles procédures.

Au niveau de l'enquête que nous avions l'intention de réaliser sur la recherche informatique de nos patients seniors, nous n'avons pu obtenir aucune aide du service informatique de notre logiciel logiphar. Peut être aurait fallu demander un devis ?

3-3-2- Nouveaux points apparus

Au niveau de la fiche de suivi informatique, on pensait au début inscrire le traitement complet du patient, en fait, à l'usage, on voit qu'il n'est utile de noter que le traitement chronique sinon rien n'est clair.
La prise de rendez-vous ne nous parait guère nécessaire en général mais recevoir autrement les patients âgés en les invitant à s'asseoir près de nous ou en retrait du public nous parait une forme de respect indispensable de nos jours.
Quelle difficulté de faire une synthèse quand on a trop de documentation, trop d'infos tue l'info.

3-3-3- Calendrier de réalisation complémentaire

Il serait intéressant de faire participer les étudiants de IV année officine à la réalisation du mémoire qualité car c'est un travail énorme et de l'aide serait bienvenue.
Mon projet est de compléter ce travail en terminant la fiche comptoir angor avec le traitement de l'angor instable ou syndrome de menace.
Notre souhait, ensuite, est de traiter l'hypertension artérielle dont la maladie ne présente pas de symptômes gênants entraînant le patient à négliger et parfois abandonner son traitement ; les effets indésirables étant quelquefois lourds à supporter.

4 CONCLUSION

Ce travail m'a permis d'initier une démarche qualité dans l'officine. Nous avions jusque là entrepris des fiches d'aide mémoire pour des aides techniques (télétransmissions, sortie d'ordonnance, cahier de liaison).
Nous avons apprécié le support papier et l'étude bibliographique ainsi que tous les dossiers expérimentaux du site qualité de la Faculté pour nous guider et faire un travail structuré dans notre étude et pratique sur le terrain.
Ce travail nous a rendu plus rigoureux, une formation en interne nous stimule à nous améliorer sur ce sujet inépuisable. On l'a pris par un bout mais il reste beaucoup à faire pour maîtriser l'inobservance et favoriser le bon suivi des patients âgés.

BIBLIOGRAPHIE .

1. Dupin-Spriet Th., Garot-Chabrot Ch., Wierre P., Luyckx M. Le pharmacien et l'observance : aller au-delà de la dispensation pour une prise en charge pharmaceutique. *Actualités Pharmaceutiques* n°412 , octobre 2002
2. Dupin-Spriet Th. L'observance : état des lieux, réflexions, prospectives *(Conférence de 2003)*
3. Dupin-Spriet T, Wierre P. L'ordonnance : quelle validation pour les seniors ? *Site de la faculté de pharmacie, qualité à l'officine* http://pharmacie.univ-lille2.fr
4. Education thérapeutique du patient, rôles du pharmacien *Bulletin de l'Ordre* n° 367, juillet 2000.
5. Bonnes pratiques pharmaceutiques européennes octobre 1998.
6. Service Pr Cazin Lille II : Livret assurance de qualité et sécurité pharmaceutique, coup d'envoi dans le Nord Pas de Calais, 2001.
7. Dupin-Spriet Th., Garot-Chabrot Ch., Wierre P., Luyckx M. Pour améliorer la qualité, aller au-delà de l'erreur. *Actualités Pharmaceutiques* n°420, juin 2003

8. Allenet B., Brudieu E., Calop J. : Proposition d'un algorithme de validation de la prescription médicamenteuse. *Actualités pharmaceutiques* n°409 Juin 2002
9. Labaume J.P. Pharmacocinétique Ed.masson.1998

10. Schorderet M. Pharmacologie des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques. Ed.Frison Roche.1998
11. Costentin J. Pharmacothérapie pratique à l'officine : l'essentiel. Ed.Elsevier.2004
12. Khalifa P. Manuel de thérapeutique *2003* Ed. Vernazobres-Grego
13. Fattorusso V. Ritter O. Vademecum clinique du diagnostic au traitement 15ème éd. Ed.Masson.1998
14. Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique Ed.Sidem-t.m.
15. Manuel Dorosz : Guide pratique des médicaments 23ème éd. Ed.Maloine.2003
16. Vidal.2003
17. Gimenez F., Brazier M., Calop J., Dine T., Tchiakpé L. : Pharmacie clinique et thérapeutique, traitement des insuffisances coronaires, chapitre 5 .Ed.Masson 2000 ;
18. Chorfa-Bakirkhodja L., Calop J. : 50 ordonnances à la loupe Ed.Groupe Liaisons 2002
19. Basdekis J.C. Alimentation des personnes âgées et prévention de la dénutrition.Ed.2004
20. Chevallier L. Nutrition : principes et conseils. Ed.Masson.2003
21. Frénot M., Vierling E. Biochimie des aliments, diététique du sujet bien portant. 2ème éd. Ed. 2001
22. Creff A.F. Manuel de diététique en pratique médicale courante. 4ème éd. Ed.Masson 2000
23. La santé vient en mangeant. Document d'accompagnement du guide alimentaire pour tous destiné aux professionnels de santé. *Programme national nutrition santé 2003*
24. Cespharm : Nutrition des personnes âgées. Colloque 1997.
25. Cérin : Quels besoins en protéines et en acides aminés ? Symposium 1996
26. Petit F., Redonnet Ch. Education thérapeutique et conseil à l'officine. *Collection professions de santé.* Ed.Maloine 2003
27. Mallet L., Grenier L., Guimond J., Barbeau G. Manuel de soins pharmaceutiques en gériatrie. *Les presses de l'université de Laval* 2004
28. Belon J.P. Conseils à l'officine, guide du suivi pharmaceutique. 5ème éd. Ed.Masson.2002
29. Dupin-Spriet Th., Garot-Chabrot Ch., Wierre P., Luyckx M. L'informatique, le patient et le pharmacien. *Actualités Pharmaceutiques* N°414 décembre 2002.
30. Pharmacien d'officine, un métier au cœur du système de soins. Ordre National des Pharmaciens. Mai 2004
31. Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée. Secrétariat d'état à la santé et à la sécurité sociale.1996
32. Angor et antiangoreux : dossier. Actualités Pharmaceutiques N°393 janvier 2001
33. Bonnes pratiques de pharmacovigilance. Agence du médicament. Décembre 1994

Sites à consulter

pgeu.org (bonnes pratiques des pharmacies en Europe)
biam
vidalpro.net
theriaque
bipmed.com
ordre.pharmacien.fr
cespharm@ordre.pharmacien.fr
anaes.fr
agmed.gouv.fr (AFSSAPS)
cerin.org
ARCOL
oncomed (fiches Beaufour)
E.PILL (choix de piluliers)

FICHE COMPTOIR : L'ANGOR.

I - RÉSUMÉ ANGOR

1. Définition : l'angor ou angine de poitrine ou insuffisance coronarienne se définit par une douleur rétrosternale très violente, angoissante survenant à l'effort, cédant à la trinitrine au bout de quelques minutes.

2. Pathogénie : il y a déséquilibre entre les besoins et les apports en oxygène :

Les apports d'oxygène au cœur sont assurés par les coronaires : les plaques d'athérome rétrécissent leur calibre empêchant le passage du flux sanguin vers le myocarde et parfois l'obstruant, c'est la thrombose et menace d'infarctus.

Les besoins en oxygène au niveau cardiaque s'élèvent dans l'angor par des causes mécaniques :

- augmentation de la fréquence cardiaque ;
- augmentation de la tension de la paroi du ventricule gauche ;
- augmentation de la contractilité ventriculaire ;

Des causes spastiques, de vasomotricité.

3. Epidémiologie : en 2003, 200 000 morts par an. 1ère cause de mortalité en France

II CAUSES ET FACTEURS FAVORISANTS

1. Les facteurs intrinsèques :

Age : rare avant 40 ans, fréquent chez le sujet âgé.
Sexe : chez l'homme avant 60 ans, chez la femme après la ménopause.
Hérédité : antécédents familiaux d'athérosclérose
→ pas de prévention possible

2. Les facteurs extrinsèques :

Anomalies lipidiques : hypercholestérolémie
Hypertension artérielle
Tabagisme
Diabètes type 1 et 2
Excès de poids
Hyper uricémie
Stress
Sédentarité
→ prévention +++

III SUIVI

1 . Surveillance clinique : Auscultation et palpation pour rechercher les plaques d'athérome sur les trajets artériels.
ECG d'effort dans l'angor stable (permet de diagnostiquer une douleur à l'effort et de détecter une insuffisance coronarienne et de programmer un traitement chirurgical.)
Autres examens : la scintigraphie au thallium, le thallium fait apparaître les zones bien perfusées et révèle ainsi les zones ischémiées non irriguées. La coronarographie permet de repérer la localisation des sténoses.

2 . Surveillance biologique : bilan lipidique avec dosage cholestérol total (et du LDL CT, du HDL CT et de TG), NFS, glycémie, créatininémie, uricémie en fonction de l'état pathologique.

3. RMO 2001: définissent les différents angors :

Classification de l'angor selon sa sévérité (croissante de I à IV)

CLASSE	Lors d'un effort important	Lors d'un effort prolongé (marche, montée, escalier)	Lors d'une activité physique habituelle	Douleurs au repos sans activité physique
I	oui			
II		oui		
III			oui	
IV				oui

L'angor est dit instable et de mauvais pronostic si :

- de classe I mais de courte durée >20mn
- de classe III ou IV, d'apparition récente
- de classe I à IV, avec douleurs souvent répétées et de durée prolongée

L'angor instable ou syndrome de menace car peut évoluer vers l'infarctus du myocarde.

IV- TRAITEMENT

Traitement du patient à angor stable

Suppression des facteurs de risque cardiovasculaire
Spray nitré en sublingual si douleur thoracique
ASPIRINE faiblement dosée

OUI — Anomalie lipidique ? — NON

STATINE

Traitement anti-ischémique : BÊTA BLOQUANT

OUI — Contre-indication au bêta-bloquant — NON

INHIBITEUR CALCIQUE — BÊTA-BLOQUANT CARDIOSÉLECTIF

OUI — Contre-indication à l'inhibiteur calcique — NON

DÉRIVÉS NITRÉS d'action longue
PATCH ou MOLSIDOMINE

DIHYDROPYRIDINE 2ème génération
ou DILTIAZEM

Nitrés	**Bêtabloquants**	**Inhibiteurs Calciques**	**Activateurs des canaux calciques**	**Antiagrégants plaquettaires**
à action rapide pour la prise d'Angor NATISPRAY,LENITRAL SPRAY, TRINITRINE SIMPLE à action longue et plus lente : DINITRATE D'ISOSORBIDE, LANGORAN, RISORDAN, MONICOR à avaler ou à délitement sub lingual MONONITRATE D'ISOSORBIDE MONICOR Les spatchs : TRINIPATCH CORDIPATH, NITRIDERM, DISCOTRINE, DIAFUSOR Et apparentés : Sydnonimines MOLSIDOMINE CORVASAL	MÉTOPROLOL LOPRESSOR ATÉNOLOL TÉNORMINE TIMOLOL TIMACOR OXPRENOLOL TRASICOR NADOLOL CORGARD CÉLIPROLOL CÉLECTOL BISOPROLOL DÉTENSIEL SOPROL BÊTAXOLOL KERLONE ACÉBUTOLOL SECTRAL PROPRANOLOL = AVLOCARDYL	AMLODIPINE AMLOR NIFÉDIPINE ADALATE FÉLODIPINE FLODIL VÉRAPAMIL ISOPTINE BÉPRIDIL UNICORDIUM DILITIAZEM TILDIEM et BITILDIEM. MONOTILDIEM	NICORANDIL ADANCOR IKOREL	ASPIRINE KARDÉGIC CARDIOSOLUPSAN TICLOPIDINE TICLID CLOPIDOGREL PLAVIX

nitrés et apparentés	mode d'action, utilisation, posologie	contre indications absolues	interactions	effets secondaires
Trinitrine : spray ou comprimés à effet rapide	vasodilatateurs veineux réduction des besoins cardiaques en O2 commencer par un petit dosage : 1 pulvérisation ou 1 comprimé sous la langue; répéter la prise 2 mn après si la crise ne passe pas s'asseoir : risque d'hypotension avoir toujours son spray sur soi	choc hypoTA sévère en association avec SILDENAFIL VIAGRA espacer la prise de 24Heures	SILDENAFIL VIAGRA risque d'infarctus du myocarde alcool à éviter : majoration de l'hypotension	céphalées si trop fortes doses hypoTA avec vertiges, syncopes, lipothymies vasodilatations cutanées nausées, vomissements brûlures de la langue
Patch	à chauffer dans la main avant de le poser sur peau saine, sèche et glabre : sur la paroi latérale du thorax. Retirer l'ancien patch. laisser 8 à 12H sans patch pour éviter un phénomène d'échappement noter l'horaire de dépose du patch sur la boîte	idem	idem	plus prurit sous le patch donc changer tous les jours de place
Comprimés	laisser un intervalle libre de 12H : prendre un comprimé à 8H - 12H - 18H	idem	idem	
Molsidomine	ne sert pas dans la crise sert dans la prévention de douleurs angineuses action en 20 mn par voie orale action en 10 mn par voie sublinguale			

mode d'action, utilisation, posologie	contre indications absolues	Interactions	effets secondaires
<u>BÊTABLOQUANTS</u> Blocage des récepteurs adrénergiques bêta 1 et/ou bêta 2 action : réduction de la fréquence cardiaque réduction de la contractilité cardiaque préventif de l'infarctus, par diminution de la consommation d'0_2	insuffisance cardiaque non contrôlée asthme dépression +++ syndrome de Raynaud bradycardie hypoTA BAV	**<u>Contre-indiquées</u>** FLOCTAFÉNINE IDARAC -> hypoTA, choc SULTOPRIDE BARNÉTIL -> torsades de pointe **<u>Déconseillées</u>** AMIODARONE -> choc **<u>Surveillance accrue avec</u>** INSULINE, SULFAMIDES HYPOGLYCÉMIANTS masquent les symptomes hypoglycémiques DILTIAZEM, VÉRAPAMIL, BÉPRIDIL (ICA) et DISOPYRAMIDE : troubles du rythme LAXATIFS HYPOKALIEMIANTS	bronchospasme pouvant aggraver une insuffisance cardiaque syndrome de Raynaud hyperglycémie légère BÊTABLOQUANTS lipophiles -> troubles neuropsychiques, cauchemars, insomnies Conseil : ne jamais interrompre brutalement le traitement
<u>INHIBITEURS CALCIQUES</u> actions cardiaques, comme traitement de fonds de l'angor : 3 par jour pendant les repas ou 1 par jour si LP action : effet vasodilatateur, réduction des besoins du cœur en 0_2	bradycardie BAV IV gauche Infarctus récent	**<u>Contre-indiquées</u>** : BACLOFÈNE VÉRAPAMIL, DILTIAZEM, BÉPRIDIL Torsadogènes et les hypokalémiants sont **déconseillés**. **Surveillance avec :** les HYPOTENSEURS CICLOSPORINE : aphtoses inducteurs enzymatiques comme RIFAMPICINE, CARBAMAZÉPINE, PHÉNOBARBITAL, PHÉNYTOINE, PRIMIDONE inhibiteurs enzymatiques : CIMÉTIDINE	céphalées, flush, œdèmes jambes hypoTA
<u>ACTIVATEURS CANAUX POTASSIQUES</u> 2 comprimés à 5 mg/jour pendant 1 semaine puis 2 cps à 10 mg/jour puis si nécessaire 2 cps à 20 mg/jour action: effet vasodilatateur sur les artères et les coronaires	choc hypoTA	SILDENAFIL	céphalées aphtoses troubles digestifs hypoTA troubles du rythme

mode d'action, utilisation, posologie	**contre indications absolues**	**interactions**	**effets secondaires**
ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES antiagrégants ASPIRINE : 75 à 300 mg/jour	hypersensibilité au AINS ulcérations digestives saignements hyperTA grossesse	MÉTHOTREXATE AVK AINS ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES	
CLOPIDOGREL, TICLOPIDINE	insuffisance hépatique	ASPIRINE HÉPARINE AINS THROMBOLYTIQUES	troubles hémorragiques, hématologiques, digestifs, cutanés, allergiques

- ALIMENTATION

Les dyslipidémies entraînent un risque coronarien à corriger par un régime en continu selon les résultats du bilan lipidique.

La personne de plus de 70 ans n'est pas soumise à régime sauf si obésité excessive.

1. Les valeurs nécessitant un régime et les valeurs cibles à atteindre et à maintenir après régime.

*FRCV ou facteur de risque cardiovasculaire

LDL-cholestérol g/l (mmol/l) : ≥ 2.20 (5.7), + 0 FRCV*	Valeur cible: <1.60 (4.1)
LDL-cholestérol g/l (mmol/l) : > 1.60 (4.1) + 1 FRCV	Valeur cible: <1.60 (4.1)
LDL-cholestérol g/l (mmol/l) : ≥ 1.30 (3.4) + 2 FRCV	Valeur cible: <1.30 (3.4)
LDL-cholestérol g/l (mmol/l) : ≥ 1,30 (3.4) + maladie cor.	Valeur cible: ≤1.00 (2.6)

Triglycérides entre 2 et 4 g/l

HDL-cholestérol < 0.35 g/l

2. Le régime

Diminuer les graisses saturées (<10%) : beurre, saindoux, graisse d'oie, crème, charcuterie, viande (mouton, bœuf), fromage 40%, cheddar, roquefort, gruyère

Prendre les graisses mono-insaturées (≥12%), type "régime méditerranéen" : huile d'olive, de colza, volaille

Diminuer les produits riches en cholestérol : cervelle, jaune d'œuf, rognons, hareng

Prendre des graisses poly-insaturées (5%) : huiles végétales : tournesol, pépin de raisin, maïs, colza, noix, soja, poisson

Les glucides : éviter les sucres rapides, choisir les aliments à faible index glycémique.

L'approche nutritionnelle nécessite un régime hypocalorique adapté chez l'obèse et chez le diabétique, une limitation des produits salés chez l'hypertendu, une limitation de l'alcool à 2 verres de vin rouge au maximum par jour et chez l'éthylique chronique, d'apporter des vitamines du groupe B et des antioxydants.

Prendre en quantité suffisante de fibres : fruits (pommes, poires) et légumes frais (épinards, haricots verts), céréales entières (son), pain complet.